

誓 約 書

税務会計監査事務所健康保険組合 理事長殿

有資格者【 税理士 ・ 公認会計士 】である _____ は
【 役員 ・ その他 】です。

登録変更については、下記のとおり行いますので、保険証発行手続きを進めて
いただきたくお願いいたします。

- ①記 号 ・ 番 号 : _____ .
- ②資 格 取 得 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ③変更登録提出(予定)日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ④変更登録前の事業所名 : _____
- ⑤登 録 先 事 業 所 名 : _____

上記のとおり、資格取得日から**2ヶ月以内**に登録変更を行うことを誓約いたし
ます。

期限内に変更しなかった場合は、次の資格取得者から当該誓約は無効となる
事を承知しております。

年 月 日

*日付は必ず記入してください。

事 業 所 名 : _____

所 在 地 : _____

事 業 主 氏 名 : _____ (印) (押印)